

OMB#: 0925-0584
Exp. XX/XXXX

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 35 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address.



HCHS/SOL Follow-up Interview Form Contact Year 2

ID NUMBER:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	FORM CODE: AFE VERSION: A 9/21/08	Contact Occasion	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SEQ #	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
------------	---	---	------------------	---	-------	---

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	0b. Staff ID: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
--	---

Instructions: See the detailed QxQ instructions for completion of the Annual Follow-up form.

INTRODUCTION

Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, mi nombre es (*interviewer name*), y estoy llamando para hablar con (*participant name*) para un seguimiento acerca del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos, un estudio sobre la salud en el cual él/ella esta registrado(a) actualmente. ¿Puedo hablar con él/ella?

No ———→ ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente?Gracias. Volveré a llamar.

Yes ———→ Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, (*participant name*), mi nombre es (*interviewer name*) y trabajo para el Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos. Estoy llamando para ver cómo ha estado desde la última entrevista telefónica que le hicimos y para actualizar nuestros registros del estudio. ¿Tiene unos minutos para hablar por teléfono?

No ———→ ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente?.....Gracias. Volveré a llamar.

Yes ———→ Nos gustaría obtener información acerca de su salud en general y acerca de condiciones médicas específicas que puede haber tenido durante el último año. Le haré algunas preguntas acerca de su salud desde que le hicimos la entrevista telefónica el (*date of last follow-up call*). Quisiera que se concentrara en lo que pasó desde el (*date of last follow-up call*) hasta el día de hoy.

1. Participant status:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------|--|
| Contacted and alive | 0 <input type="checkbox"/> | Go to item 2 of this form |
| Contacted and refused interview | 1 <input type="checkbox"/> | Go to <i>Contact tracking, item 35</i> |
| Not contacted, reported alive | 2 <input type="checkbox"/> | Go to <i>Contact tracking, item 35</i> |
| Not contacted, reported deceased | 3 <input type="checkbox"/> | See Death investigation protocol |
| Unknown | 4 <input type="checkbox"/> | Go to <i>Contact tracking, item 35</i> |

ID NUMBER:									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact
Occasio
n

0	1
---	---

SEQ
#

--	--

GENERAL HEALTH

2. Desde la última entrevista que le hicimos el (*date*), ¿diría usted que, en general, su salud es excelente, muy buena, buena, regular, mala o no está seguro(a)? (read all response categories except “no está seguro(a)”)

Excelente 0 Muy buena 1 Buena 2 Regular 3 Mala 4

HOSPITALIZED AND EMERGENCY DEPARTMENT EVENTS

“La siguiente serie de preguntas trata sobre si ha sido admitido(a) en un hospital o si ha ido a la sala de emergencias en alguna ocasión desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*).”

3. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿ha sido admitido(a) en un hospital en alguna ocasión?

No 0 Go to item 4
Yes 1
Unsure 2 Go to item 4

3a. ¿Por qué razón lo(a) admitieron en el hospital? (*do not read choices*)

Infarto de miocardio, ataque al corazón	0	<input type="checkbox"/>
Angina de pecho, dolor de pecho	1	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardiaca o falla cardiaca	2	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio	3	<input type="checkbox"/>
Enfermedad vascular periférica	4	<input type="checkbox"/>
Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar	5	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6	<input type="checkbox"/>
Asma	7	<input type="checkbox"/>
Otro:	8	<input type="checkbox"/> Especificar: _____

3b. ¿En qué fecha ocurrió esta hospitalización?: / /

3c. ¿Cuál era el nombre del hospital?: _____ Facility code:

3d. ¿Cuál era la dirección de este hospital?: _____ ; Don't know 0

3e. ¿Fue admitido(a) a un hospital en alguna otra ocasión desde su visita a la clínica del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana?

No 0 Go to item 4
Yes 1 Data saved and screen refreshes to 3a.

ID NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact
Occasio
n

0	1
---	---

SEQ
#

--	--

4. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le vieron en una sala de emergencias pero no fue admitido(a) en el hospital?

- No 0 Go to item 5
 Yes 1
 Unsure 2 Go to item 5

4a. ¿Cuál fue la razón por la que fue a la sala de emergencias? (*do not read choices*)

- Infarto de miocardio, ataque al corazón 0
 Angina de pecho, dolor de pecho 1
 Insuficiencia cardiaca o falla cardiaca 2
 Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio 3
 Enfermedad vascular periférica 4
 Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar 5
 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 6
 Asma 7
 Otro 8 Especificar: _____

4b. ¿En qué fecha fue a la sala de emergencias?: / /

4c. ¿Cuál era el nombre de la sala de emergencias?: _____ Facility code:

4d. ¿Cuál era la dirección de la sala de emergencias?: _____ ; Don't know 0

4e. ¿Lo(a) vieron en una sala de emergencias en alguna otra ocasión desde su visita a la clínica del estudio?

- No 0 Go to item 5
 Yes 1 Data saved and screen refreshes to 4a.

ID NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact
Occasio
n

0	1
---	---

SEQ
#

--	--

OUT-PATIENT SELF-REPORTED CONDITIONS

“Ahora me gustaría preguntarle acerca de condiciones que hayan motivado a que vaya a ver a un doctor o un profesional de la salud en una clínica o un consultorio médico, pero sin tener que ser admitido(a) en el hospital o sin tener que ir a la sala de emergencias.”

5. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica? Esto no incluye consultas con el doctor por tuberculosis o TB, por sus siglas en inglés.

- No 0 Go to item 6
 Yes 1
 Unsure 2 Go to item 6

5a. ¿Ordenó su doctor o el profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para ayudar a diagnosticar la condición médica?

i. Prueba respiratoria o prueba de la función pulmonar:

No 0 Yes 1 Unsure 2

ii. Rayos X del pecho:

No 0 Yes 1 Unsure 2

iii. Tomografía computarizada de su pecho:

No 0 Yes 1 Unsure 2

5b. ¿Le dijo un doctor o un profesional de la salud que le estaba dando un ataque, que estaba empeorando o que se estaba agravando su enfisema, su enfermedad pulmonar obstructiva crónica o su bronquitis?

No 0 Go to item 6

Yes 1

Unsure 2 Go to item 6

i. ¿El doctor o el profesional de la salud le recetó un cambio en su medicamento, como el aumento de sus inhaladores, oxígeno o pastillas para sus pulmones o le recetó pastillas de corticosteroides para sus pulmones?

No 0 Yes 1 Unsure 2

ID NUMBER:										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact Occasio
n

0	1
---	---

SEQ #

--	--

6. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía asma?

- No 0 Go to item 7
Yes 1
Unsure 2 Go to item 7

6a. ¿Ordenó su doctor o el profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para ayudar a diagnosticar la condición médica?

i. Prueba respiratoria o prueba de la función pulmonar:
No 0 Yes 1 Unsure 2

ii. Rayos X del pecho:
No 0 Yes 1 Unsure 2

iii. Tomografía computarizada de su pecho:
No 0 Yes 1 Unsure 2

6b. ¿Le dijo el doctor o el profesional de la salud que le estaba dando un ataque, que su asma estaba empeorando o que se estaba agravando?

- No 0 Go to item 7
Yes 1
Unsure 2 Go to item 7

i. ¿El doctor o el profesional de la salud le recetó un cambio en su medicamento, como el aumento del uso de sus inhaladores, oxígeno o pastillas para sus pulmones o le recetó pastillas de corticosteroides para sus pulmones?

- No 0 Yes 1 Unsure 2

ID NUMBER:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact Occasio
n

0	1
---	---

SEQ #

--	--

7. Desde su visita a la clínica del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía diabetes o azúcar alta en la sangre?

- No 0 Go to item 8
Yes 1
Unsure 2 Go to item 8

7a. ¿Le recomendó el doctor algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0 Go to item 8
Yes 1
Unsure 2 Go to item 8

i. ¿Qué tratamiento le recomendaron?

(Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- | | | |
|--|---|---|
| Pastillas | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Insulina solamente | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Insulina y pastillas | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Fue remitido(a) para un examen de la vista | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Recomendación de hacer cambios en la dieta | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Recomendación de dejar de fumar | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Recomendación de hacer más ejercicios | 6 | <input type="checkbox"/> |
| Otro | 7 | <input type="checkbox"/> Especificar: _____ |

8. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía presión sanguínea alta o hipertensión?

- No 0 Go to item 9
Yes 1
Unsure 2 Go to item 9

8a. ¿Le recomendó el doctor algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0 Go to item 9
Yes 1
Unsure 2 Go to item 9

i. ¿Qué tratamiento le recomendaron?

(Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- | | | |
|--|---|---|
| Empezar a tomar un nuevo medicamento | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Aumentar la dosis de un medicamento que toma actualmente | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Recomendación de bajar de peso | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Recomendación de hacer cambios en la dieta | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Recomendación de dejar de fumar | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Recomendación de hacer más ejercicios | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Otro | 6 | <input type="checkbox"/> Especificar: _____ |

ID NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact
Occasio
n

0	1
---	---

SEQ
#

--	--

9. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía el colesterol alto?

- No 0 Go to item 10
Yes 1
Unsure 2 Go to item 10

9a. ¿Le recomendó el doctor algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0 Go to item 10
Yes 1
Unsure 2 Go to item 10

i. ¿Qué tratamiento le recomendaron?

(Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- Empezar a tomar un nuevo medicamento 0
Aumentar la dosis de un medicamento que toma actualmente 1
Recomendación de bajar de peso 2
Recomendación de hacer cambios en la dieta 3
Recomendación de dejar de fumar 4
Recomendación de hacer más ejercicios 5
Otro 6 Especificar: _____

SELF REPORT OF EVENTS SINCE CLINIC VISIT

“Ahora quisiera preguntarle acerca de síntomas que puede haber tenido desde su visita a la clínica del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana hace dos años el (*date*).”

10. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía fibrilación atrial (del corazón)?

- No 0
Yes 1
Unsure 2

11. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía insuficiencia cardiaca o falla cardiaca?

- No 0
Yes 1
Unsure 2

ID NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact
Occasio
n

0	1
---	---

SEQ
#

--	--

12. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía un coágulo en alguna de las venas de sus piernas o trombosis venosa profunda?

No 0
Yes 1
Unsure 2

13. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía un coágulo en sus pulmones o una embolia pulmonar?

No 0
Yes 1
Unsure 2

14. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿se le hinchan los pies o tobillos con frecuencia al final del día?

No 0
Yes 1
Unsure 2

15. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿hay ocasiones en que se despierta por la noche porque tiene dificultad para respirar?

No 0
Yes 1
Unsure 2

16. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿hay ocasiones en que tiene dificultad para respirar o le falta la respiración cuando camina a paso normal en un terreno nivelado?

No 0
Yes 1
Unsure 2

17. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿hay ocasiones en que se detiene para respirar cuando camina a su propio paso?

No 0
Yes 1
Unsure 2

18. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿hay ocasiones en que tiene dificultad para respirar cuando no está caminando o no está en actividad?

No 0
Yes 1
Unsure 2

ID NUMBER:										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact Occasion

0	1
---	---

SEQ #

--	--

19. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿ha tenido usted tos en la mayoría de los días o las noches de la semana por lo menos durante 3 meses seguidos?

- No 0
Yes 1
Unsure 2

20. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿se le ha acumulado flema proveniente del pecho durante la mayoría de los días o noches de la semana por lo menos durante 3 meses seguidos?

- No 0
Yes 1
Unsure 2

21. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿ha tenido ronquido o silbido en su pecho?

- No 0 Go to item 22
Yes 1
Unsure 2 Go to item 22

21a. ¿Ha tenido un ataque de ronquido o silbido en su pecho que le ha hecho sentir que le faltaba la respiración?

- No 0
Yes 1
Unsure 2

22. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su audición actual (sin el uso de un aparato auditivo)?

- | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|
| Excelente | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Buena | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Un problema ligero | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Problema moderado de audición | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Un gran problema | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Es sordo(a) | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Se rehúsa | 6 | <input type="checkbox"/> |
| No sabe | 7 | <input type="checkbox"/> |

23. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que necesita un aparato auditivo?

- No 0 Go to item 24
Yes 1
Unsure 2 Go to item 24

ID NUMBER:																				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact Occasion

0	1
---	---

SEQ #

--	--

23a.

¿Adquirió usted un aparato auditivo?

No 0 Go to item 24
Yes 1

i. ¿Con qué frecuencia lo usa?

Siempre 0
A veces 1
Rara vez 2
Nunca 3

24. Durante el último año, cuando ha estado expuesto(a) a ruidos fuertes (al decir fuertes, queremos decir tan fuertes que tenía que hablar en voz alta para que lo(a) escuchen), ¿con qué frecuencia ha usado artículos de protección para sus oídos, tales como tapones para los oídos u orejeras mientras trabajaba?

siempre o casi siempre como la mitad de las veces a veces pero menos de la mitad de las veces nunca
0
1
2
3

25. Durante el último año, cuando ha estado expuesto(a) a ruidos fuertes, ¿con qué frecuencia ha usado artículos de protección para sus oídos, tales como tapones para los oídos u orejeras mientras no trabajaba, por ejemplo, en eventos deportivos o mientras participaba en otras actividades ruidosas (usando herramientas eléctricas, armas de fuego, cortadora de césped, etc.)?

siempre o casi siempre como la mitad de las veces a veces pero menos de la mitad de las veces nunca
0
1
2
3

26. Desde su visita a la clínica del estudio el (date), ¿ha sentido usted zumbido, silbido o ruido en sus oídos?

No 0 Go to item 27
Yes 1
Unsure 2 Go to item 27

26a. Por lo general, ¿dura este ruido más de 5 minutos?

No 0 Yes 1 Unsure 2

26b. ¿Siente usted este ruido solamente después de escuchar sonidos muy fuertes (por ejemplo, conciertos, disparos o ruidos en el lugar de trabajo)?

No 0 Yes 1 Unsure 2

ID NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact
Occasio
n

0	1
---	---

SEQ
#

--	--

27. Desde su visita a la clínica del estudio el (date), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tiene apnea del sueño?

- No 0 Go to item 28
 Yes 1
 Unsure 2 Go to item 28

27a. ¿Ha recibido tratamiento para el apnea del sueño con algo de lo siguiente? (check all that apply)

- 0 Cirugía
 1 Un dispositivo dental mientras duerme (un dispositivo que se coloca en su boca por la noche y hace que la mandíbula se abra)
 2 Uso de oxígeno mientras duerme
 3 Una máquina de presión como CPAP o BILEVEL?

28. ¿Usted ronca?

- Nunca 1 Go to item 29
 Rara vez (1 a 2 noches por semana) 2
 Algunas veces (3 a 5 noches por semana) 3
 Siempre o casi siempre (6 a 7 noches por semana) 4
 No sabe 9 Go to item 29

28a. ¿Con qué frecuencia ronca?

- Rara vez 0
 Algunas veces 1
 La mayoría de las noches 2

MEDICATIONS

“Ahora me gustaría preguntarle acerca de los medicamentos con receta médica que toma actualmente. ¿Le puedo pedir que traiga al teléfono todos los medicamentos con receta médica que está tomando?”

29. (do not ask) ¿Tiene el/la participante medicamentos que reportar?

- No 0 Skip to item 31
 Yes 1
 Participant refused 2 Skip to item 31

ID NUMBER:									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact
Occasio
n

0	1
---	---

SEQ
#

--	--

30. Por favor, lea los nombres de todos los medicamentos recetados por un doctor. Esto incluye pastillas, medicamentos líquidos, parches para la piel, inhaladores e inyecciones. Por favor, no incluya medicamentos de venta libre a no ser que hayan sido recetados por un doctor. (Si le preguntan qué queremos decir con “medicamentos que toma actualmente”, esto se refiere a los medicamentos que se han tomado en las dos últimas semanas.)

- a. _____
b. _____
c. _____
d. _____

“A continuación, quisiera preguntarle acerca de su uso regular de aspirina. Al decir uso regular, me refiero a tomar aspirina un día sí, un día no, o de manera más frecuente.”

31. ¿Está usted tomando aspirina AHORA o un medicamento que contenga aspirina, en forma regular? Esto NO incluye Tylenol o Advil o Motrin, ibuprofeno.

- No 0 Skip to item 32
Yes 1
Unsure 2 Skip to item 32

31a. ¿Qué dosis toma?

- 81 mg de aspirina al día 0
325 mg de aspirina al día 1
Otra 2 Especificar: _____

OTHER ITEMS

“A continuación, quisiera hacerle unas últimas preguntas.”

32. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor su situación actual con respecto al fumar?

- Nunca ha fumado 0 (Skip to item 34)
Fumó en el pasado, dejó de hacerlo hace más de 1 año 1
Fumó en el pasado, dejó de hacerlo hace menos de 1 año 2
Fuma actualmente 3
No sabe 4

33. ¿Ha fumado cigarrillos durante los últimos 30 días?

- No 0 Skip to item 34
Yes 1
Unsure 2 Skip to item 34

ID NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE
VERSION: A
9/21/08

Contact
Occasio
n

0	1
---	---

SEQ
#

--	--

33a. En promedio, ¿cómo cuántos cigarrillos fuma al día?

--	--

34. Por favor, dígame, ¿cuál de las siguientes situaciones describe mejor su estado civil?

- | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|
| Casado(a) | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Viudo(a) | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Divorciado(a) | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Separado(a) | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Soltero(a) | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Convive con su pareja | 5 | <input type="checkbox"/> |

Muchas gracias por contestar estas preguntas. Apreciamos mucho su participación en el Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos. Si tuviera alguna pregunta, por favor llámenos a la clínica al (*telephone number*). Antes de colgar, quisiera asegurarme que nuestros registros están al día. ¿Me podría decir si la siguiente información que tengo sigue siendo correcta?

PARTICIPANT TRACKING

35. Current tracking information from HCHS/SOL database is shown below. Record tracking information changes reported during the interview in the space provided.

a. Participant Tracking:	Changes:
<i>Current data to be shown here</i>	<i>Record changes here</i>

b. Contacts/proxies:	Changes:
<i>Current data to be shown here</i>	<i>Record changes here</i>

c. Health care providers:	Changes:
<i>Current data to be shown here</i>	<i>Record changes here</i>